

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Glandes à Sécrétion interne et Tube digestif

PAR

J. AUZIMOUR

Président : M. ACHARD, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	M.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique Générale	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	X.
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
	HARTMANN
Clinique chirurgicale	GOSSET
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchement	BRINDEAU
	J. L. FAURE
Cliniques gynécologique	AUGUSTE BROCA
Clinique chirurgicale infantile	VAQUEZ
Clinique thérapeutique	SEBILEAU
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale	

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DESMARET	LARDENNOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DUVOIR	LE LORRIER	RATHERY
BASSET	FIESSINGER	LEMIERRE	RETTERER
BAUDOUIN	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BLANCHETIERE	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BRANCA	GRÉGOIRE	LÉRI	ROUSSY
CAMUS	GUENIOT	LÉVY-SOLAL	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	SCHWARTZ (A.)
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TANON
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TERRIEN
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	TIFFENEAU
DEBRE	LANGLOIS	OKINCZYC	VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE F. G. DE PACHTERE.

A MA MERE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MES FRERES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

AU DOCTEUR B. AUZIMOUR

Qui m'inspira le goût de la médecine. Fraternellement.

AU DOCTEUR MOLINIE

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de très respectueuse affection.

AU DOCTEUR MAURICE VERNET

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Assistant d'Oto-Rhino-Laryngologie

En témoignage de ma reconnaissance et de mon profond dévouement.

AU DOCTEUR MAURICE DELORT

Ancien Interne des Hôpitaux

Médecin de l'Hôpital Saint-Michel

Que je remercie très sincèrement de la bienveillance qu'il m'a témoignée.

A MES MAITRES

Hommage de gratitude

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

Secrétaire général de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence
de ce travail.*

INTRODUCTION

Depuis que la notion de sécrétion interne présente déjà par Legallois et Bordeu, a reçu avec Claude Bernard et Brown Séquard, droit de cité en physiologie, elle a subi une extraordinaire fortune et est devenue la source féconde de multiples recherches.

Les glandes endocrines nous apparaissent maintenant comme une branche importante du système régulateur de la vie organo-végétative complétant ainsi les fonctions du système nerveux auquel d'ailleurs elles se trouvent liées par l'embryologie.

De la sorte, ces organes exercent une action sur l'économie entière. Il en résulte que tous les désordres qu'ils accuseront auront leurs répercussions plus ou moins nettes sur tous les autres systèmes organiques.

Ces répercussions ont été étudiées à maintes reprises.

Celles qui frappent le tube digestif en particulier ne sont par rarement observées. Ce sont celles que nous aurons en vue.

Nous voulons tâcher de montrer qu'on peut les étudier expérimentalement aussi bien qu'au lit du malade. Nous essayerons ensuite de dégager le

parti que l'on peut tirer de l'opothérapie en thérapeutique digestive.

Tels sont les buts que nous nous proposons dans ce travail. Avant de poursuivre qu'il nous soit permis d'adresser nos très vifs remerciements au docteur M. Delort et à notre camarade M. Uzan pour les conseils avisés qu'ils nous ont donnés.

PREMIERE PARTIE.

Données expérimentales

Les expériences réalisées sont de trois ordres :

- 1° Expériences d'ablation d'organes
- 2° Expériences d'hypersécrétion provoquée
- 3° Expériences d'injections d'extraits d'organes.

Nous allons étudier successivement ces trois groupes d'observations.

§ I

Expériences d'ablations d'Organes

Jusqu'à présent les expérimentateurs se sont occupés uniquement des surrénales, mais ils ont rapporté des faits intéressants.

Lorsqu'on exécute sur un animal l'acapsulisation totale, on peut observer l'apparition fréquente d'ulcères gastriques (dans les 9/10 des cas d'après F. C. Mann (35). De nombreux auteurs ont pu réaliser cette expérience: Pende (10), Goodman (16), F. C. Mann (35), Gibelli (13), Finzi (10), etc. Ces ulcérations apparaissent assez rapidement ; elles sont annoncées dès la dixième heure par de petites suffusions hémorragiques et sont complètement constituées au bout de la vingt-quatrième heure.

On a beaucoup discuté sur la pathologie de ce phénomène.

On a d'abord établi que l'on se trouvait en présence non pas d'ulcus rond classique de Cruveilhier, mais d'ulcérations différentes aussi bien par leur morphologie que par leur évolution.

Elles ressemblent à celles que l'on observe au cours d'intoxications ou d'infections. (Loeper (32). On doit les rapprocher de celles qu'avaient reproduites expérimentalement, au moyen de toxine

diphthérique, Enriquez et Hallion (7). Léon Binet (5) se demande si elles ne sont pas du même ordre que celles que Roger a observées au cours d'interventions sur la région iléo-caecale?

En somme ulcérations de cause toxique, ulcérations de cause réflexe, telles sont les principales pathogénies invoquées.

Quoi qu'il en soit, le phénomène est presque constant quand on a exécuté une acapsulisation rigoureusement totale, car la surrenalectomie unilatérale resterait le plus souvent inefficace.

Il apparaît d'ailleurs toujours dans les mêmes conditions et occupe un rang presque immuable dans les suites opératoires, ne survenant qu'après que l'hypotension se soit établie.

Mais ce n'est point là le seul phénomène observé dans le tube digestif après l'ablation des surrenales. De même que la fibre striée, dont la défaillance se traduit par l'asthénie musculaire chez l'animal en expérience, la fibre lisse est atteinte dans sa contractilité. Les expériences récentes de Ferreira de Mira et Joaquim Fontès (9), le montrent au moins pour le duodénum.

Si on isole un fragment de duodénum dans certaines conditions en milieu isotonique, il se trouve animé de contractions pendulaires, qu'on peut compter ou enregistrer au moyen d'appareils inscripteurs. Mais si on étudie les duodénums de lapins acapsulés, on observe une diminution de ces contractions aussi bien dans leur ampleur que dans leur fréquence, diminution pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet.

On n'a pas encore institué d'expériences permettant d'étudier plus complètement les fonctions

motrices et sécrétoires du tube digestif chez les animaux surrénalectomisés. Il est probable que ces expériences montreraient une défaillance marquée de ces fonctions. Aucun fait cependant ne permet à l'heure actuelle de l'affirmer.

De même, on n'a point fait de recherches analogues chez les animaux thyroïdectomisés, castrés, ou chez ceuz a qui l'on a fait l'ablation de l'hypophyse.

Le champ reste donc très vaste à défricher pour les chercheurs. Toutefois, l'observation de malades castrés ou thyroïdectomisés chirurgicalement (au cours d'affections aiguës ou chroniques de l'appareil ovarien, tuberculoses testiculaires, goîtres, etc.) permet de supposer que l'ablation de l'une quelconque des glandes closes précitées entraîne une diminution des facultés motrices ou sécrétoires du tube digestif.

§ II

Expériences d'hypersécrétion provoquée

Les expériences de cet ordre ne sont pas non plus nombreuses.

Elles concernent particulièrement la glande thyroïde.

Cannon, anastomosant dans certaines conditions le pneumogastrique et le phrénique, obtient une excitation permanente de la thyroïde. Il observe toujours de la diarrhée chez l'animal en expérience. (40, 46).

Depuis Ballet et Enriquez (1) on sait que l'in-

jection répétée d'extrait thyroïdien finit par occasionner des troubles très voisins de l'hyperthyroïdisme. Chez presque tous les animaux soumis à l'hyperthyroïdisation expérimentale ces auteurs ont constaté de la diarrhée. Cette diarrhée n'est pas seulement une diarrhée motrice, car Marbé (37) a démontré l'existence en même temps d'hypercrinie intestinale. Il faut reconnaître que ces expériences d'hyperthyroïdisation expérimentale sont passibles des mêmes reproches que les expériences d'injection simple d'extraits d'organes que nous allons maintenant considérer.

§ III

Expériences injections d'extraits d'organes

Ces expériences sont très nombreuses parce que beaucoup moins délicates d'exécution que les précédentes. Mais en revanche elles ont soulevé de nombreuses et faciles critiques.

Il est évident que si l'on pouvait extraire le produit sécrété par la glande tel que celle-ci le déverse dans la circulation, les expériences d'injection de ce produit auraient une grande valeur.

Malheureusement, en dehors de l'adrénaline, dont d'ailleurs le rôle physiologique est discuté par Gley, la plupart des produits dont nous disposons sont des extraits de glande contenant non seulement le produit sécrété, mais une foule d'autres substances, protéiques pour la plupart, ayant une action propre pouvant gêner ou couvrir même celle du produit sécrété. Aussi est-il difficile d'ac-

corder une grande valeur aux expériences utilisant les extraits de glandes. Il ne faut pas non plus les rejeter complètement.

On a utilisé de nombreux extraits. Nous allons rapidement les passer en revue.

a) Avec l'extrait thyroïdien. — Nous avons déjà signalé les expériences d'hyperthyroïdisation expérimentale de Ballet et Enriquez et de Marbé.

b) Avec l'extrait hypophysaire. — Quand, avec Houssay, on injecte à un homme adulte 3 cc d'un extrait à 20 0/0 de lobe postérieur de bœuf, on constate au bout de quelques minutes des contractions intestinales violentes, aboutissant à l'émission de 1 à 2 selles.

Houssay et Ibanez ont noté une action sthénique sur la musculature œsophagienne et gastrique. Plus récemment Galan (11) a obtenu des résultats analogues.

Sous l'action de l'extrait hypophysaire un intestin isolé est d'abord inhibé puis animé de fortes contractions (Bayer et Peter). Ces auteurs, avec Dale, Houssay et Berutti concluent à une action directe sur les fibres lisses.

c) Avec l'extrait ovarien. — Les expériences sont peu nombreuses et moins démonstratives que les précédentes. Avec des extraits ovariens divers, Itaki (26) a obtenu, mais d'une façon inconstante, une augmentation du tonus intestinal; de même Gonálons.

d) Avec l'adrénaline. — Si on place un fragment d'intestin de cobaye dans une solution de Ringer à 37°, on observe que ce fragment est animé de contractions pendulaires. Si alors, on ajoute

une solution d'adrénaline, il y a arrêt des contractions (Hoskins (25)). Cette expérience est très sensible et il suffit de traces infinitésimales d'adrénaline, traces n'exerçant plus aucune action sur la circulation pour la réaliser. Aussi se sert-on parfois de ce phénomène pour reconnaître l'adrénaline (méthode de Hoskins).

Ainsi donc l'adrénaline aurait une action inhibitrice sur la motricité intestinale. Botazzi et Coronedi ont montré qu'elle agissait de même sur l'œsophage, Langley, Meyer, Elliot, sur l'estomac, sauf le pylore.

Cependant, Doyon, Loeper, Vernet et Verpy (32) ont constaté des faits inverses. C'est qu'en réalité l'adrénaline agit d'une façon toute différente suivant sa dilution et la dose totale injectée (Hoskins, Spadolini).

De même que la motricité, la sécrétion gastrique subit aussi l'influence de l'adrénaline, Iukawa, Loeper Verpy ont constaté une élévation du taux de Hcl libre.

Certains auteurs admettent de plus que l'excrétion du suc gastrique est elle-même augmentée, la *muscularis muscosae* restant contractée, alors même que les fibres de la musculouse sont inhibées (Bottazi et Costauzi (40)).

e) Avec d'autres extraits d'organes : Enriquez et Hallion (8) ont montré aussi l'action stimulante sur le péristaltisme intestinal des extraits duodénaux, spléniques, etc.

DEUXIEME PARTIE

Données cliniques

Rappelons tout d'abord qu'il faut se défier en clinique de conclusions trop hatives, tendant à admettre une relation de cause à effet entre des perturbations digestives et des troubles endocriniens. On peut n'être en présence que de coïncidences.

Il faut, en particulier, se défier de ce que l'on a appelé l'opodagnostic, consistant à reconnaître une origine endocrinienne à des troubles améliorés par l'opothérapie.

Les expériences d'injection d'extrait d'organe ont prouvé surabondamment qu'en dehors de leur action spécifique, les médications organothérapiques pouvaient avoir une action purement symptomatique.

Pour que, en clinique, on puisse reconnaître une origine endocrinienne à une manifestation morbide digestive, il faut que les deux conditions suivantes soient réalisées :

1° Il y a un parallélisme évident dans l'évolution simultanée des troubles endocriniens et des troubles digestifs ;

2° La même médication (opothérapie, traitement antisyphilitique, par exemple) supprime en même temps ces deux ordres de phénomènes.

Nous n'aurons donc en vue dans cette étude que les faits qui répondent à ces conditions.

Nous nous limiterons, d'ailleurs, à l'examen des

syndromes les plus habituellement rencontrés, que nous grouperons comme suit :

1° Syndromes thyroïdiens ;

2° Syndromes surrénaux ;

3° Syndromes ovariens.

Nous laisserons de côté tous les autres syndromes, d'ailleurs difficilement isolés en clinique.

Syndromes thyroïdiens

Les troubles digestifs au cours d'affections de la glande thyroïde sont actuellement bien connus. La diarrhée des Basedowiens a été la plus anciennement observée. Mais on sait en outre qu'il y a des constipations d'origine thyroïdienne, des troubles gastriques hypersthéniques ou hyposthéniques de cause thyroïdienne (Maranon (36), Léopold Lévi (30), Loeper (32), etc.

Nous allons étudier ces syndromes digestifs au cours des principaux états thyroïdiens :

A. HYPERTHYROIDIE ET SYNDROME DE BASEDOW

On a noté deux ordres de perturbations digestives :

1° *Troubles gastriques.* — Ils ont été étudiés par de nombreux auteurs : Maranon (36), Wolpe, Loeper (32), Hernando (19), Escudero, Uzan (40), etc. On peut selon leur forme les diviser en deux principaux groupes :

a) *Forme hypersthénique.* Elle serait caractérisée par des douleurs à horaire plus ou moins fixe, constituant parfois un véritable syndrome tardif ; par des vomissements alimentaires parfois bilieux ; par l'hyperchlorhydrie. Ces troubles, lorsqu'ils sont alliés en plus à l'amaigrissement et aux phénomènes d'asthénie générale, pourront parfois faire penser à l'ulcus gastrique ou duodénal, avec lesquels le diagnostic se posera souvent.

D'autres fois, les signes seront moins nets et l'examen chimique seul révélera une légère hyperchlorhydrie.

D'après Escudero, qui a fait assez récemment une étude de plusieurs cas, la succession des phénomènes morbides se fera comme suit : Tout d'abord, le malade accusera des phénomènes douloureux. Plus tard surviendront les troubles moteurs, avec hypertonicité radiologiquement constatée, puis spasme pylorique et vomissements. L'hypersecretion viendrait en dernier lieu.

Tous les basedowiens ne font pas cette forme hypersthénique. Pour Maranon, l'hyperchlorhydrie ne s'observera que chez les basedowiens vagotoniques. Nous reproduisons plus loin un fait clinique observé par cet auteur (Observation I).

b) *Forme hyposthénique.* — D'autres basedowiens présentent, au contraire, le tableau de la dyspepsie sensitivo-motrice banale, avec ou sans ptose gastrique et fréquemment accompagnée d'aérogastrie : lourdeurs après les repas, quelques renvois, quelques vomissements rares, évacuation gastrique retardée, tels sont les principaux symptômes observés. L'hypochlorhydrie serait très fréquemment rencontrée d'après Wolpe. Cet auteur pense d'ailleurs avec Klose que là serait la cause de la diarrhée basedowienne.

2° *Troubles intestinaux.* — La manifestation intestinale la plus fréquemment rencontrée est la diarrhée. On la constaterait dans 1/3 des cas de goître exophtalmique (Sattler). Sur 569 cas d'hyperthyroïdie, Maranon l'aurait notée 203 fois.

Hernando et Ortega pensent, cependant, que ces

chiffres sont inférieurs à la réalité et admettent des cas où la diarrhée serait le seul signe d'hyperthyroïdie : ils accordent alors aux diarrhées thyroïdiennes une proportion de 10 0/0 sur l'ensemble des diarrhées observées en clinique.

Quels sont les caractères de cette diarrhée ? Elle peut se présenter sous plusieurs formes.

Tantôt elle procède par crises coupées d'accalmies ou même de périodes de constipation. La crise survient alors sans cause apparente, mais souvent chez les femmes, et en particulier les femmes tuberculeuses, elle s'observe de préférence à la période menstruelle. Dans certains cas, une émotion, une contrariété, un coït (dans un cas de Hernando), seront l'occasion d'une reprise de la diarrhée.

Tantôt la diarrhée prend le type de la diarrhée chronique, rebelle à tous traitements et c'est dans ce cas que le diagnostic peut longtemps errer.

D'autres fois, enfin, on observe seulement une tendance à la diarrhée à type matinal ou post-prandial.

Quoi qu'il en soit, la diarrhée des basédowniens se présente non seulement comme une diarrhée motrice, mais aussi comme une diarrhée de sécrétion, les selles sont abondantes, parfois lientériques, à réaction acide (diarrhée de sécrétion à type acide, R. Gauthier (12). Radiologiquement on note une traversée digestive raccourcie.

Cependant les douleurs abdominales sont peu marquées le plus souvent ; l'appétit reste conservé.

La pathogénie de cette diarrhée n'est pas encore exactement élucidée. Maebius pensait à une excitation du sympathique. Schmidt rattachait ce

phénomène à une insuffisance pancréatique, ce qui lui permettait d'expliquer aussi la glycosurie des basedowiens. Molinar invoquait, au contraire, l'hyperpersécrétion pancréatique. Ces théories n'ont plus qu'un intérêt historique.

Wolpe et Klose, nous l'avons déjà dit, pensaient à une cause gastrique : diarrhée par hypochlorhydrie. Mais la diarrhée peut coïncider avec l'hyperchlorhydrie (Observation II).

Plus plausible, la théorie de Maranon, Eppinger et Hess, van Noorden invoque la vagotonie (36).

Pourtant cette dernière interprétation n'est pas à l'abri de toute critique et on lui a opposé de nombreux faits que l'on peut diviser comme suit :

1° Faits cliniques : chez les basedowiens non vagotoniques on a observé de la diarrhée et inversement des basedowiens vagotoniques en étaient exempts ;

2° Faits thérapeutiques : l'adrénaline dans certains cas a amélioré la diarrhée ; cependant la pilocarpine, qui elle aussi est excitante du sympathique, l'aurait exagérée, alors que l'atropine, inhibitrice du vague, l'aurait supprimée.

Ces faits contradictoires ont été observés par Hernando et Ortega.

3° Faits expérimentaux : On a montré aussi que l'action de l'extrait thyroïdien pouvait se faire directement sur la fibre intestinale, sans l'intermédiaire des nerfs.

Aussi, faut-il avec Hernando et Ortega et avec Uzan admettre une pathogénie mixte.

La diarrhée n'est pas le seul phénomène intes-

final observé dans l'hyperthyroïdie. Il est le plus fréquent.

Mais on peut observer aussi quelquefois et beaucoup plus rarement ; de la constipation. Ce fait peut sembler paradoxal pour qui admet l'excitation intestinale sous l'action des produits thyroïdiens. Les partisans de la théorie vagotonique de la diarrhée, disent que la constipation ne peut s'observer que chez les basedowiens non vagotoniques. Il reste cependant une autre explication, mise en relief par la constatation suivante de Léopold Lévi (In thèse Minoret) au cours de la thérapeutique par l'extrait thyroïdien : Lorsque chez un constipé on donne une dose très forte, l'action demandée dépassant le but, la contraction intestinale devient permanente et l'on n'aboutit qu'à la substitution d'une constipation spasmodique à une constipation atonique.

B) HYPOTHYROIDIES. — Nous étudierons comme ci-dessus les phénomènes gastriques et les phénomènes intestinaux.

1° *Troubles gastriques.* — C'est la forme hyposthénique qui prédomine. (Hernando (19), Lévi et Rothschild (30). Pour Escudero l'hypothyroïdie se présente comme une des grosses causes de l'hypochylie gastrique.

2° *Troubles intestinaux.* — C'est la constipation qui se rencontre presque constamment. Elle a été étudiée surtout par Hertoghe (22) et par Léopold Lévi et H. de Rothschild (30). Dans sa thèse, Mino- (38) en rapporte de nombreux cas.

Parfois c'est une constipation simple. D'autres fois il s'y ajoute des signes d'intoxication intestinale : céphalée, anorexie, insomnies, cauchemars,

légère hépato et splénomégalie. Les femmes voient ces troubles s'accuser au voisinage de leurs règles.

C) **INSTABILITÉ THYROIDIENNE.** — Ce syndrome, décrit par Léopold Lévi, se manifeste au point de vue digestif soit par de la diarrhée, soit par de la constipation, plus souvent par des alternatives de diarrhée et de constipation, soit enfin par une diarrhée à type spécial, décrite par Léopold Lévi qui lui a donné le nom de Syknokénose.

§ II

Syndromes surrénaux

Nous n'étudierons ici que les troubles digestifs par insuffisance surrénale et nous passerons en revue d'abord les manifestations gastriques, puis les manifestations intestinales.

1^o **MANIFESTATIONS GASTRIQUES.** — Les dyspepsies surrénales ont été étudiées par de nombreux auteurs à l'étranger, par Loeper surtout en France.

Cependant les descriptions qui en ont été faites ne sont pas tout à fait en accord et s'opposent même.

Pour les uns, c'est le type hyposthénique qui s'observe le plus souvent : « L'asthénie qui frappe toute la musculature de l'individu, atteint aussi celle de l'estomac » (Uzan). Nous en reproduisons une observation. (Obs. IV.)

D'autres auteurs, au contraire, pensent que l'hyperchlorhydrie est la plus fréquente. Ils trouvent une confirmation expérimentale de leurs observations dans les expériences de Hess et Gund-

lach (23) qui, contrairement à Iukawa, Loeper, trouvent que l'adrénaline inhibe la sécrétion gastrique (expériences sur le chien) et dans les essais thérapeutiques de quelques auteurs qui ont traité l'hyperacidité au moyen de l'adrénaline et avec succès (Hayes (17), Kaplan et Greef (27), etc.)

Quelques-uns ont même été plus loin et ont parlé d'insuffisance surrénale dans la pathogénie de l'ulcère gastrique. Ils voient leurs idées confirmées d'abord par les expériences précédentes et d'autre part par les expériences d'ablation des surrénales qui provoquent souvent des ulcérations gastriques. Récemment encore, Hernando rappelait les principaux arguments en faveur de cette pathogénie :

1° Apparition fréquente d'ulcères après surrénalectomie double ;

2° Apparition de la vagotonie après surrénalectomie, vagotonie qui aurait une action hypersécrétoire sur l'estomac, d'où l'ulcus (Eppinger) ;

3° La fréquence de l'hyperchlorhydrie dans l'insuffisance surrénale (Hernando) ;

4° La facilité de l'infection après la surrénalectomie, les animaux devenus plus réceptifs ; or on sait depuis Rosenow le rôle de l'infection dans l'étiologie de l'ulcus.

Cette pathogénie hardie ne semble cependant pas suffisamment fondée. Nous avons déjà dit dans un chapitre précédent pourquoi on ne devrait pas forcément considérer ces ulcères comme d'origine surrénale. (Voir chap. I de la première partie). D'autre part de nombreuses insuffisances sur-

rénales ne s'accompagnent pas d'hyperchlorhydrie nette et, inversement, la plupart des ulcuses ne présentent pas de signes d'insuffisance surrénale.

On a aussi voulu rattacher à l'insuffisance surrénale les vomissements incoercibles de la grossesse (Sergent (41), les vomissements cycliques des nourrissons (Terrien (45) et enfin les vomissements du mal de mer (Naamé (39).

Ce ne sont là que des hypothèses et la plupart des auteurs ne se sont basés pour les faire que sur un argument thérapeutique dont nous savons qu'il n'a pas de valeur suffisante à lui seul pour prouver l'origine surrénale de ces syndromes ;

2° MANIFESTATIONS INTESTINALES. — Nous distinguerons deux cas, suivant que l'on se trouvera en présence d'insuffisance surrénale aiguë ou subaiguë.

Dans le premier cas, c'est la diarrhée que l'on observe. Sergent et Bernard ont ainsi décrit une forme diarrhéique de l'insuffisance surrénale aiguë. Naamé s'est demandé si les diarrhées des infections suraiguës ne pouvaient être imputables au moins en partie, à l'insuffisance surrénale. Quoi qu'il en soit, dans ces formes suraiguës, la diarrhée est incoercible, avec selles cholériformes, liquides, avec des grumeaux et des peaux, parfois fétides.

Elle s'accompagne souvent de vomissements.

Dans les formes suraiguës, au contraire, c'est la constipation que l'on observe. C'est une constipation opiniâtre, permanente, ne cédant pas aux traitements habituels et améliorée par l'adrénaline (Loeper (32).

La pathogénie de cette constipation s'explique

facilement, si l'on admet que l'adrénaline a une action directe sur la musculature intestinale.

La diarrhée par insuffisance surrénale est plus difficile à expliquer. On en a donné l'interprétation suivante :

« Pour peu que l'hypoadrénalinémie devienne très grande (insuffisances surrénales aiguës), il arrive que, le sympathique ne trouvant plus l'excitation surrénale permet l'apparition d'une vagotonie : d'où diarrhée. Les vomissements dans ces cas reconnaissent vraisemblablement une cause pareille. » (Uzan (46.)

§ III

Syndromes ovariens

Chez la femme, les manifestations génitales jouent un très grand rôle et leur action se répercute sur tous les autres systèmes organo-végétatifs, en particulier sur l'appareil digestif.

Déjà physiologiquement, cette action se fait sentir. C'est ainsi que normalement, au cours des règles on voit survenir des petites modifications de l'appétit, ainsi que des modifications des fonctions intestinales. Daleché a noté l'hyperchlorhydrie relative au cours des menstrues. Chvostek l'hypertrophie hépatique.

De même, au cours de la grossesse, les signes dits sympathiques de cet état comprennent nombre de signes digestifs, déviation de l'appétit, vomissements, constipation.

On conçoit dès lors que toute altération ovarienne s'accompagnera à plus forte raison de troubles digestifs. Nous allons les étudier avec un peu de détail.

1^o **DYSPEPSIES DE LA PUBERTÉ.** — Elles ont été bien étudiées par Dalché et par son élève Hernandez (18). C'est le plus souvent le type hyposthénique qui se rencontre : fatigue, mauvaises digestions, perte de l'appétit, quelques vomissements, constipation. (Obs. V et VI).

Parfois, cependant, lorsque les règles sont particulièrement peu abondantes, on peut assister à de véritables flux diarrhéiques plus ou moins séreux, quelquefois même sanguinolents. On peut alors penser à une hémorragie ou à une diarrhée supplémentaire.

Les causes de ces dyspepsies de la puberté ne sont pas seulement inhérentes à la fonction ovarienne déficitaire. A cette période, l'enfant est en pleine poussée de croissance ; habitant la ville, il se trouve dans de mauvaises conditions d'hygiène ; c'est l'époque favorable à l'éclosion de la tuberculose ; de plus, c'est le moment où l'école et ses examens demandent au sujet un effort suivi. Ce sont encore là des causes d'affaiblissement et par suite de dyspepsie, d'autant plus que les fautes de régime s'ajoutent nombreuses à ces conditions.

2^o **DYSPEPSIES DE LA MENSTRUATION.** — Nous suivrons la description qu'en a donnée Uzan (16). On peut rencontrer :

a) *Des formes gastriques qui peuvent elles-mêmes affecter des formes.*

Fruste avec anorexie, douleurs vagues, som-

nolence et phénomènes vasomoteurs post prandiaux, constipation ;

2° *Coelialgique* ;

3° *Hyperchlorhydrique* ;

4° *A vomissements prédominants* plus ou moins incoercibles.

b) *Des formes intestinales qui se présentent avec :*

1° *Soit de la constipation* ;

2° *Soit de la diarrhée.*

c) Il existe enfin *des formes mixtes*, très nombreuses, participant de deux ou de plusieurs des formes précédentes. Le mécanisme de ces troubles digestifs semble devoir être complexe, l'action des glandes génitales pouvant s'exercer :

1° *Directement* sur les glandes et muscles du tube digestif ;

2° *Par l'intermédiaire des nerfs* (systèmes autonomes) ;

3° *Par l'intermédiaire des vaisseaux* (crise hypertensive au moment des règles, provoquant des troubles vasculaires dans le domaine mésentérique).

4° *Par l'intermédiaire enfin d'autres organes* en particulier la thyroïde (constipation : menstruelle chez les hypothyroïdiennes et diarrhée menstruelle chez les basedowiennes), et le foie (Enriquez, Binet et Durand).

La signification de ces dyspepsies n'est d'ail-

leurs pas toujours la même, car, outre la manifestation ovarienne, il peut se trouver une cause autre pouvant exacerber les phénomènes digestifs normaux de la menstruation. Ces causes peuvent être :

1° Un état digestif préexistant ;

2° Un état dysendocrinien, particulièrement thyroïdien (diarrhée menstruelle chez les basedowiennes) ;

3° Un état circulatoire (hypertension) ;

4° Un état nerveux (sympathicotones, vagotonies) ;

5° Une infection ou une intoxication chronique (diarrhée menstruelle chez les tuberculeuses. (Sabourin).

3° DYSPEPSIES DE LA GROSSESSE. — Au cours de la grossesse, nous savons qu'il existe des troubles digestifs qui entrent dans ce que l'on a appelé les troubles sympathiques de la grossesse. Parfois, cependant, ils se trouvent exagérés. Mais il entre trop de facteurs dans l'étiologie de ce phénomène pour pouvoir dégager la part qui revient à l'ovaire dans ces troubles.

C'est ainsi que pour les vomissements incoercibles de la grossesse on a pu incriminer tour à tour l'ovaire, le corps jaune, la surrénale, l'hypophyse, la thyroïde, le placenta, le fœtus, l'état psychique de la malade, etc.

4° DYSPEPSIES DE LA MÉNOPAUSE. — Ces dyspepsies peuvent apparaître brusquement après la castration, ou après l'irradiation des annexes par les rayons X.

Elles peuvent être plus lentes à survenir dans les ménopauses naturelles. Elles se caractérisent surtout par l'hypotonie du tube digestif et souvent la ménopause, favorisant la stase intestinale, sera ainsi indirectement une cause d'auto intoxication.

5° DYSPEPSIES PAR HYPOOVARIE SIMPLE, AU COURS DE LA VIE GÉNITALE. — Elles se rapprochent des précédentes et affectent le type hyposthénique.

TROISIEME PARTIE

Conséquences thérapeutiques

Des faits que nous venons de rappeler il découle que rationnellement, on peut tenter la médication opothérapique dans au moins certains états digestifs.

Or, les expériences d'injections d'extraits d'organes montrent que, non seulement l'opothérapie peut avoir une action sur des troubles digestifs de cause endocrinienne, mais encore sur des troubles digestifs de toute autre origine.

Ainsi donc, l'opothérapie apparaît en pratique digestive à la fois comme médication spécifique, quand il y a nettement défaillance de l'une ou de plusieurs des glandes closes, et comme médication symptomatique dans nombre d'autres cas.

Nous allons, dans les chapitres suivants, passer en revue l'action thérapeutique des principales préparations organothérapeutiques.

§ I

Opothérapie thyroïdienne

a) ACTION SPÉCIFIQUE :

Dans la dyspepsie atonique ou dans la constipation des hypothyroïdiens, l'extrait thyroïdien, employé en cachets de cinq à dix centigrammes, administrés une ou deux fois tous les jours, ou, si l'on craint certaines réactions individuelles, tous les 2 ou 3 jours, donne d'excellents résultats. Les observations X et XI en sont des exemples.

Lorsqu'on se trouve en présence d'états d'instabilité thyroïdienne, il faut avoir recours à une médication plus prudente et employer l'extrait thyroïdien par milligrammes.

La diarrhée basedowienne, la dyspepsie hyperchlorhydrique des basedowiens vagotoniques, la dyspepsie flatulente des basedowiens de Loeper, se trouveront bien de l'hémato-éthyroïdine qu'il faut administrer par cuillerées à café répétées souvent dans la journée ; au besoin 4, 5 et 6 fois (Obs. II).

b) ACTION SYMPTOMATIQUE :

L'action importante de l'extrait thyroïdien sur la musculature intestinale et la sécrétion des glandes intestinales, mise en lumière par les recherches que nous avons rappelées de Ballet et Enriquez, Marbé, Léopold Lévi, etc., peut être utilisé dans le traitement de la constipation chronique. On utilisera des cachets de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 suivant les susceptibilités individuelles, en surveillant bien les malades. (Obs. XII.)

§ II

Opothérapie surrenale

a) ACTION SPÉCIFIQUE :

Les diarrhées, les vomissements par insuffisance surrénale aigüe sont justifiables de l'adrénaline ou de l'extrait surrénal (de préférence l'extrait lipoïdique injectable). Il faut, dans ces cas, administrer l'adrénaline par injections sous-cutanées pour avoir une action réelle, rapide. Mais elle sera éphémère. Aussi ne faut-il pas craindre de répéter les injections à intervalles assez rapprochés : quelques heures.

Dans les dyspepsies surrénales subaigües ou chroniques, on préférera soit l'adrénaline en suppositoires, soit l'extrait surrénal par voie buccale ou sous-cutanée. (Obs. IV.)

b) ACTION SYMPTOMATIQUE :

On a préconisé dans de multiples cas l'adrénaline. Certains auteurs (Iukawa, Loeper), admettant qu'elle excite la sécrétion et la motricité gastrique, la prescrivent dans les dyspepsies atoniques.

D'autres, pensant qu'au contraire elle inhibe la sécrétion gastrique, l'administrent dans les dyspepsies avec hyperchlorhydrie et l'ulcus gastrique. (Hess et Gundlach (23), Hayes (17), Kaplan et Greef (27).

On a utilisé cette médication avec quelques succès dans les diarrhées infectieuses (Naamé (39), au cours des vomissements gravidiques (Sergent (44), Rathery et Bordet (41), contre les vomissements cy-

cliques des nourrissons (Terrien (48), et ceux du mal de mer (Naamé (39).

On l'a enfin employée contre la constipation chronique avec quelques fruits.

Aux lieu et place de l'adrénaline, on peut avoir recours à l'extrait surrénal dont les effets sont moins constants, ou mieux aux lipoïdes injectables surrénaux.

§ III

Opothérapie hypophysaire

a) ACTION SPÉCIFIQUE :

Elle est hypothétique. Quelques auteurs pensent que la constipation au cours de l'acromégalie est justiciable comme cette dernière de l'extrait hypophysaire. Mais rien ne prouve qu'on ne se trouve pas ici en présence d'une action symptomatique.

b) ACTION SYMPTOMATIQUE :

Nous avons rappelé précédemment l'action exercée par l'extrait hypophysaire sur le tractus digestif. Houssay et Ibanez Galan (11) concluent à une action sthénique sur l'estomac. Hess et Gundlach (23) infirment cette opinion.

Ce qui reste, malgré tout, certain, c'est l'action de l'extrait hypophysaire sur la musculature intestinale. Nous avons déjà cité les expériences de Houssay. Nous rapportons nous-mêmes un fait (Obs. VII) du même ordre.

Par suite l'extrait hypophysaire peut rendre de grands services dans les constipations atoniques,

§ IV

Opothérapies diverses

a) Opothérapie ovarienne.

Son action est douteuse. Elle gagne à être associée à l'opothérapie thyroïdienne (voir plus loin).

L'extrait de corps jaune est utilisé couramment dans les vomissements gravidiques. (Hirst et Lecourbas).

b) Opothérapie testiculaire.

Son action reste encore obscure.

c) Opothérapie gastrique.

On a préconisé de nombreuses préparations en thérapeutique.

Le suc gastrique (Gastérine, dyspepsie, etc.), a été utilisé dans les dyspepsies hyposthéniques, les dyspepsies de tuberculeux, les gastro-entérites infantiles, les diarrhées chroniques.

Il existe aussi un extrait gastrique peu employé.

d) Opothérapies duodénale et splénique.

Elles auraient une action excitante sur le péristaltisme intestinal.

e) Opothérapies biliaire et hépatique

Elles sont très employées dans les colopathies muco-membraneuses.

§ V

Opothérapies associées

On peut avoir intérêt à associer entre elles ces différentes médications, soit dans un but symptomatique simplement, soit encore parce que l'on se trouve en présence de troubles polycriniens.

Delort et Uzan (6) préconisent les formules suivantes :

1°

Poudre d'ovaire	5 à 10 centig.
Poudre de corps thyroïde	1 à 5 millig.
Pour un cachet	2 par jour.

2° :

Extrait thyroïdien	0 gr. 01 à 0.025
— hypophysaire	0 gr. 05 à 0.75
— surrénal	0 gr. 10 à 0.20
— hépathique	0 gr. 10 à 0.20
— duodénal	0 gr. 10 à 0.20
— d'ovaire	0 gr. 05 à 0.20
pour un cachet ou un paquet : 1 à 2 par jour.	

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

(*Maranon revue de Médecine 1914-15*)
Troubles dyspeptiques hyperchlorhydriques
liés à l'hypert'hypoïdisme avec vagotonie.

Religieuse de 43 ans : A la suite d'une grande impression morale, goître modéré et fortes douleurs abdominales.

Depuis lors, elle souffre deux ou trois fois par an de fortes crises de gastralgie avec vomissements tardifs de saveur très acide et de constipation. Crises durant 1 à 2 semaines non modifiées par les traitements habituels. Suc gastrique abondant à jeun : Hcl libre 1,9 ; Hcl combiné 0,4 ; acidité totale 2,3.

L'examen clinique montre enophtalmie, signes de Stellivay et de Graefe positifs. Rétrécissements de la fente palpebrale.

Tremblements des paupières. Tremblements des mains, tachycardie variable, sensation de palpitations. Sueurs faciles.

Grand nervosisme.

Soumise à divers traitements pendant près de 3 ans : diète lactée, vie à la campagne, quinine, salicylate, radiothérapie sans résultat.

Opérée alors par le docteur Ortiz de la Torre qui lui extirpe sous-anesthésie locale, la plus grande partie des lobules thyroïdiens hypertrophiés.

En 5 mois, augmente de 12 kilos, plus de tremblements ni de palpitations. Pouls 85. Les symptômes gastriques ont disparu complètement ; elle mange de tout sans éprouver la moindre gêne.

Deux ans après, elle revient complètement guérie.

OBSERVATION II (personnelle)

Syndrome de Basedow. Dyspepsie hypersthénique avec diarrhée chronique. Amélioration par l'hémato-éthyroïdine.

Femme de 30 ans. Aucune maladie antérieure en dehors d'une rougeole dans le jeune âge. Réglée dès 13 ans et bien réglée.

Une fausse-couche il y a 4 ans. Nouvelle grossesse il y a 2 ans. Accouchement normal, enfant vivant. Cependant depuis cette époque cette femme éprouve des malaises vagues qui sont allés en s'accusant jusqu'à ces derniers jours.

Céphalée fréquente. Grande nervosité. Dysménorrhée, palpitations.

Diarrhée depuis 6 mois. 3 à 4 selles par jour, liquides, quelquefois fétides.

Douleurs épigastriques s'accusant surtout 2 heures après les repas constituant un véritable syndrome tardif, parfois avec vomissements.

A l'examen, tremblements accusés des mains et des paupières, légère exophtalmie, tachycardie. Pas de goître appréciable mais « cou thyroïdien ».

Nous prescrivons à la malade de l'hémato-éthyroïdine à raison de 4 puis 5 cuillerées à café par jour.

Nous la revoyons un mois après, date à laquelle elle se trouve améliorée, la diarrhée ayant cédé et les troubles gastriques s'étant atténués.

OBSERVATION III

(Uzan. *Journal de médecine de Paris*, 10 fév. 1921)
Syndrôme basedowien. Dyspepsie hypersthénique. Traitement par ovarine et hémato-éthyroïdine.

Au moment où la malade est examinée, elle présentait des signes qui pouvaient faire penser à l'ul-

cus : douleurs épigastriques irradiant vers le sein et le bras droit, vomissements alimentaires ou plus souvent aqueux, constipation. Chimisme, cependant normal.

La Radioscopie montre un estomac dont le fond descend à 5 centimètres au-dessous de la ligne bisiliac.

Mais on note : éréthisme vasculaire (aorte abdominale et vaisseaux base du cou). Pouls : 112. Légère exophtalmie. Tremblement. Dysménorrhée.

Le traitement ovarien et par l'hémato-éthyroïdine a amélioré la malade.

OBSERVATION IV

(Uzan. *Journal de médecine de Paris*, 10 fév. 1921)
*Dyspepsie hyposthénique chez un insuffisant surrénal
améliorée par traitement surrénalien*

Jeune homme de 19 ans. Insuffisance surrénale post-grippale caractérisée par teint spécial, raie blanche, hypotension (T. M. II).

Asthénie, digestion difficile, quelques vomissements, diarrhée, puis constipation.

On note en outre : clapotage gastrique, foie petit. Radiologiquement : estomac ptosé, au pubis, colon multicoudé, transverse ptosé au pubis.

On fait mettre une sangle au malade et on le traite par adrénaline d'abord, extrait surrénal total ensuite.

Revu huit mois après : plus de troubles digestifs. TM. 12.

OBSERVATION V

(Dalché in, *thèse Hernandez, Paris 1904-05, N° 415*)
Dyspepsie hyposthénique de la puberté

Jeune fille de 15 ans. A présenté croissance très

rapide, accompagnée de fatigue générale et des douleurs osseuses et articulaires.

Perte absolue de l'appétit. Forte sensation de pesanteur et gêne après les repas. Constipation. Dilatation légère de l'estomac. Atonie intestinale.

OBSERVATION VI

(*Dalché in thèse Hernandez*)

Dyspepsie hyposthénique de la puberté

Jeune fille de 15 ans 1/2, réglée depuis peu et insuffisamment. Céphalée, fatigue générale, sommeil agité.

Appétit variable, digestion pénible, avec sensation de pesanteur et de gêne, constipation et entérocolite mucomembraneuse.

OBSERVATION VII

(*Personnelle*)

Action de l'extrait hypophysaire sur un malade constipé

Homme de 45 ans. Constipé depuis quelques jours. Aucun signe de troubles endocriniens.

Nous lui injectons sous la peau 2 centimètres cubes d'extrait hypophysaire, habituellement employé en obstétrique. Au bout de dix minutes, le malade a quelques coliques, et vers la quarantième minute, il y a une selle. A aucun moment, la tension du malade, que nous suivions de dix en dix minutes, n'a semblé être influencée.

OBSERVATION VIII

(Maranon, *Revue de Médecine*, 1914)

Hyperthyroïdisme et troubles hyperchlorhydriques causés par l'emploi de thyroïdine, guéris par suppression de la médication thyroïdienne.

Homme de 20 ans, né de père tabétique. Très nerveux. Pèse 96 kilos, et pour maigrir, ingère en deux mois près de 500 tablettes de thyroïdine.

A la suite de cette thérapeutique, amaigrissement de 36 kilos, énormes tremblements des mains, 108 pulsations, arythmie, insomnie, sueurs, yeux brillants, sans autre syndrome oculaire, hypertrophie diffuse de la thyroïde.

En même temps, douleurs épigastriques aiguës par crise, avec vomissements acides. On diagnostique hyperchlorhydrie, hypersecrétion et on soupçonne même un ulcus.

Mais la suppression de la médication thyroïdienne amène la rétrocession de tous les symptômes, et en particulier des manifestations gastriques.

OBSERVATION IX

(Maranon, *Revue de Médecine*, 1914)

Troubles dyspeptiques liés à l'instabilité thyroïdienne améliorés par la thyroïdine à faibles doses

Femme de 33 ans, souffre de l'estomac depuis longtemps, atonie gastrique avec hyperchlorhydrie (Acidité totale 2,2 0/0), symptômes d'hypothyroïdisme (céphalée, frilosité, peau sèche, asthénie), combinés avec manifestation d'hyperthyroïdie (tremblement, tachycardie, sueurs faciles).

L'ensemble correspond à l'état appelé instabilité thyroïdienne.

La thyroïdine à petite dose (0 gr. 3 tous les trois jours) améliore l'état général, soulage les malaises et fait disparaître complètement les symptômes gastriques.

OBSERVATION X

(Léopold Lévi in th. Minoret N° 332, 1910-11, Paris)

Constipation ancienne chez une vieille femme, guérie dès les premiers cachets de poudre de glande thyroïde.

Femme âgée de 71 ans. Aspect encore juvénile, mais canitie complète.

Signe de la queue du sourcil. Frilosité. Ongles cassants. Etourdissements. Douleurs lombaires et articulaires.

Constipation très ancienne : ne va à la selle que par laxatifs ou lavement.

Traitée par cachets de poudre de glande thyroïde, 0 gr. 025 par cachet et par jour. Déjà améliorée dès le 8 cachet. Guérison pendant deux ans. Léger retour de constipation, jugulé par 6 fois, 0 gr. 10 de thyroïde pris à nouveau.

OBSERVATION XI

Constipation apparue au cours de médication surrénale, disparue par traitement thyroïdien.

Femme âgée de 24 ans. Soignée pendant un an et demi pour coliques, crampes d'estomac et pigmentation de la face.

On lui donne de l'extrait surrénal à cause de la pigmentation. Trois cachets de 0 gr. 10 par semaine pendant six semaines, puis un tous les jours. Puis traitement surréno-thyroïdien (on ajoute 3 cachets de

0 gr. 025 par semaine, puis 1 tous les jours). Au bout de trois mois, amélioration.

On ne donna alors plus que de l'extrait surrénal pendant quinze jours. Il survint de la constipation, qui disparut dès que la malade fut remise au traitement thyroïdien.

OBSERVATION XII

(Thèse Minoret)

Action du corps thyroïde sur l'intestin chez une femme non habituellement constipée, production de glaires.

Femme de 36 ans, atteinte de rhumatisme chronique.

Mal réglée. Frilosité. Sueurs nocturnes. Teint cholérique, nystagmus.

N'est pas absolument constipée. Il lui arrive parfois de rester deux ou trois jours sans aller à la garde-robe, mais le lendemain elle y va sans laxatif. En général, matières moulées et selles faciles.

Diarrhée émotive.

On prescrit 5 cachets de 0 gr. 035 de poudre de corps thyroïde pour la semaine.

Dès le second cachet, la malade remarque que ses selles étaient suivies de glaires et d'un peu de sang, ce qu'elle n'avait jamais vu précédemment.

OBSERVATION XIII

(Thèse Minoret)

Constipation non améliorée par le corps thyroïde, améliorée par le corps jaune.

Femme de 36 ans, traitée depuis un an par le corps thyroïde (0 gr. 10 par jour). Constipation persistante.

Mise trois semaines au corps jaune (0 gr. 10 deux fois par jour). Constipation complètement améliorée.

OBSERVATION XIV

(Thèse Lecourbas 1918-19. N° 71)

*Vomissements incoercibles de la grossesse, guéris
par injection d'extrait de corps jaune.*

Femme de 33 ans. III pare au troisième mois de la grossesse, vomissements dès le début de cette grossesse, allant de plus en plus en augmentant. A l'entrée à Lariboisière, poids 46 kil. 500 (amaigrissement de 1 kil. 500), mauvais état général, pas d'albuminurie. Pouls : 100.

Pendant les premiers jours, on institue le traitement habituel : lavements, diète, puis lait glacé, oxygène, sans résultat, au contraire.

Etat alarmant de la malade : vomissements sans cesse, urines 400 grammes, très hautes en couleur. Pouls au-dessus de 100 (110 au matin). On envisage l'interruption de la grossesse. Mais on tente auparavant le traitement par extrait de corps jaune.

Légère amélioration à la deuxième injection. On arrête le traitement après la sixième injection. Cessation des vomissements, pouls au-dessous de 100 (76 le matin). Urines 700 grammes. Augmentation de poids. Aucun signe d'intoxication gravidique.

La malade quitte l'hôpital au bout de moins d'un mois, complètement guérie.

CONCLUSIONS

1° Le système endocrinien, branche importante de l'appareil régulateur de la vie organo-végétative, de même qu'il exerce une action sur l'économie entière, exerce en particulier sur le tube digestif une action certaine.

2° Cette action s'exerce sur toutes les fonctions du tube digestif : motricité, sécrétion, sensibilité.

3° Cela se démontre expérimentalement de plusieurs façons :

a) Par des expériences d'ablation d'organes ;

b) par des expériences d'hyperfonctionnement provoqué ;

c) par des expériences d'injection d'extraits d'organes, qui ne sont malheureusement pas à l'abri de toute critique ;

4° Cette action s'observe aussi en clinique, où l'on peut constater :

a) La coexistence d'un trouble endocrinien et d'une perturbation digestive.

b) La suppression de la perturbation digestive et du trouble endocrinien causal par une même thérapeutique (opothérapie souvent).

5° L'opothérapie n'a pas seulement une action sur les dyspepsies de cause glandulaire, elle peut se montrer encore comme une bonne médication symptomatique au cours des troubles digestifs les plus variés.

Vu : le Doyen,
RÔGER.

Vu : le Président,
CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL.

Bibliographie

- 1 BALLET ET ENRIQUEZ. — Cong. de Bordeaux 1895.
- 2 BARKER. — Médecine and surgery, St-Louis 1918.
- 3 BREDL. — Innere sekretion.
- 4 BREDL. — Endocrinology sept. 1921.
- 5 L. BINET. — Presse médicale, 5 août 1918.
- 6 DELORT ET UZAN. — Jour. de méd. de Paris, 30 novembre 1921.
- 7 ENRIQUEZ ET HALLION. — Soc. de Biol. 1893.
- 8 ENRIQUEZ ET HALLION. — Soc. de Biol., 25 novembre 1911.
- 9 FERREIRA DE MIRA ET J. FONTÈS. — Jour. de phys. et de path. gen., 1921, N° 1.
- 10 FINZI. — Pathologica 1913.
- 11 GALAN. — Prensa medica argentina, 10 juil. 1921.
- 12 GAULTIER. — Arch. mal. app. digestif 1917. Tome I, p. 667.
- 13 GIBELLI. — Pathologica 1913.
- 14 GLEY. — Les sécrétions internes.
- 15 GLEY. — Quatre leçons sur les sécrétions internes.
- 16 GOODMAN. — Prog. med. Phidalphie 1916, p. 40.
- 17 HAYES. — New-York, Med. Journ. 1920, N° 112.
- 18 HERNANDEZ. — Th. Paris 1904-05, N° 415.
- 19 HERNANDO. — Cong. Bilbao 1918.
- 20 HERNANDO. — An. de la Acad. med. quir. Madrid 1919, N° 6.
- 21 HERNANDO Y ORTEGA. — Rev. de med. y cirug. prat. 14-21 janvier 1920.
- 22 HERTOGHE. — Iconog. Salpêtrière 1899.
- 23 HESS ET GUNDLACH. — Arch. f. de ges. Phys. Bonn. 1920, N° 185.
- 24 HIRST. — Am. Journ. of. obst. 1919.

- 25 HOSKINS. — Am. Jour. of phys. 1912.
- 26 ITAKI. — Anaterly journ. of exp. phys. 1917, p. 1 et 27.
- 27 KAPLAN ET GREEF. — New-York med. journ. 1919.
- 28 KING. — Med. clinics of North-am 1919.
- 29 LECOURBAS. — Th. Paris 1918-19, N° 71.
- 30 LÉVI ET ROTHSCHILD. — Etudes sur physiopath. corps Thy. et Hypophyse 1908.
- 31 LOEPER. — Beuzard et Wagner. Prog. med. 21 juillet 1917.
- 32 LOEPER. — Leçons de pathol. dig. 4^e série.
- 33 LOEPER. — Prog. med. 1918, N° 33.
- 34 G. LYON. — Bull. méd. 11-14 mai et 13-16 juillet 1921.
- 35 F. C. MANN. — Journ. of exp. med. 1^{er} fév. 1916.
- 36 MARANON. — Revue de med. 1914.
- 37 MARBÉ. — Soc. Biol. 1911.
- 38 MINORET. — Th. Paris 1910-11.
- 39 NAAMÉ. — Etudes d'endocrinologie.
- 40 PEUDE. — Endocrinologia.
- 41 RATHERY ET BORDET. — Ann. de Med. 1920.
- 42 SABOURIN. — Journ. des prat. 28 juillet 1917 et 28 décembre 1918.
- 43 SCHAEFER. — Les sécrétions internes.
- 44 SERGENT. — Etudes sur l'insuff. surrénale.
- 45 TERRIEN. — Journal des praticiens 1912.
- 46 UZAN. — Journ. de med. de Paris, 10 février, 28 février, 10 mars et 10 août 1921.